

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE **447**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Francine, Anne-Marie QUINGUENEL-LEFEBVRE

Née le 8 Avril 1932, à BOULOGNE-BILLANCOURT (Seine)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DES KYSTES
HYDATIQUES MIGRATEURS
DU FOIE**

Président : Monsieur J. PATEL (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Francine, Anne-Marie QUINGUENEL-LEFEBVRE
née le 8 avril 1932 à Boulogne-Billancourt
(Seine)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS DES KYSTES HYDATIQUES
MIGRATEURS DU FOIE

--

Président : Monsieur J. PATEL (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVASSU, DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN,
HALPHEN, HARVIER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE,
LEMIERRE, LEVY-SOLAL, LHERMITTE, LIAN, LOEPER,
MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MONDOR, MULON, OLIVIER,
OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR..... Jean VERNE



I. PROFESSEURS

	MM
Anatomie.....	CORDIER
Anatomie pathologique.....	DELARUE
Bactériologie.....	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports.....	CHAILLET-BERT
Biologie Médicale.....	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale.....	BERNARD J
Carcinologie.....	N.
Chimie Méd.....	JAYLE
Clinique Chir. {	Hôtel Dieu..... BROCC
	Broussais..... G.d'ALLAINES
	Salpêtrière..... MOULONGUET
	Cochin..... QUENU
Clinique Chir. réparatrice et orthop. }	{ MERLE d'AUBI- GNE
Clinique de Cardiologie.....	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.....	FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.....	MONOD
Clinique de la Tuberculose.....	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.....	{ PETIT-
	{ DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.....	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques }	{ DEGOS
Clinique des mal. du sang.....	CHEVALLIER
Clinique mal. du système nerv.....	ALAJOUANINE

Clinique des maladies des enf.	DEBRE
Clinique des maladies infect.	MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN
Clinique Gynécologique	F. BRENTANO
	BARIETY
	J. BESANÇON
	MOREAU
	de GENNES
Cliniques Médicales	DEBRAY
Clinique méd. hydro-climat. thér.	PASTEUR V.-R.
Clinique médicale propédeutique	LANTUEJOUL
	VARANGOT
Cliniques obstétricales	LACOMME
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	CATHALA
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist. nat. méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	MENEGAUX
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	Julien MARIE
Pharmacologie et matière méd.	HAZARD
Physico-chimie méd. (ch. t. pers)	DOGNON
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Problèmes alimentaires (c. t. pers)	RICHET
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	TURPIN
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

LI. PROFESSEURS SANS-CHAIRE MAÎTRES DE CONFÉRENCES-AGRÉGÉS ET AGRÉGÉS

MM.

	(CABROL
	(DEBEYRE
Anatomie	(DELMAS
	(OLIVIER G.
	Melle GAU-
Ana. Path.	(THIER V.
	(BUSSER
	(GOUYGOU
Bactério-}	(CHRISTOL
logie }	(NEVOT
Biol. méd.	(BOURLIERE
	(ETTORI
Chimie méd.	(POLONOVSKI J
Dermato-syphil.	DUPERRAT
Embryologie	TUCHMANN
	(BULLIARD
Histologie	(COUJARD
	(N...
Hydrologie	CORNET
	(BOYER
Hygiène	(DEPARIS
Mal. infect.	BASTIN
Médecine }	(DEROBERT
légale et }	(GAULTIER
du Trav. }	(HADENGUE
Neurochir.	DAVID
Neurologie	LHERMITTE
	(GRASSET
	(LE LORIER
	(LEPAGE
Obstétrique	MERGER
	MORIN
	RAVINA
	(ROBEY
Ophtalmo-}	(BREGEAT
logie }	(DESVIGNES
Orthopédie	JUDET
Oto-rhino-}	(AUBRY
laryngo. }	(MADURO
Parasito.	BRUMPT
Parasito.col.	CHABAUD
	(ABOULKER
	(BARCAT
Pat. chir.	BAUMANN
	(CAUCHOIX

MM.

	(DUBOST
	(FAUREL
	(FLABEAU
	(GERMAIN
	(GOSSET
Pat. Chir.	LAURENCE
	LORTAT-JACOB
	MATHEY
	(OLIVIER (Cl)
	(POILLEUX
	(THOMERET
	(VERNE (J M)
Pat. expé-	MAURICE
riment.	LOEPER
	BOUVIER
	BOUDIN
	BRICAIRE
	BRISAUD
	CASTAIGNE
	CONTE
	DEROT
	DOMART
Pat. méd.	LAMOTTE
	LAROCHE
	MACREZ
	MILLIEZ
	PEQUIGNOT
	PERRAULT
	RAMBERT
	ROYER
	THIEFFRY
	TURIAF
	WOLFRAMM
	(JOSEPH
Pédiatrie	POLONOVSKI Cl
	MOZZICONACCI
	(Melle LEVY
Pharmacol.	(CHEYMOL
	(BARGETON
Physiol.	(DEJOURS
	(PARROT
Physique	(DJOURNO
médicale	(GOUGEROT
Pneum. phthis.	KREIS

	MM.		MM.
Psychiatrie	{ BARUK	Stomato	{ CHAPUT Mme
	{ PICHOT		{ CERNEA
Psych. infant.	MICHAUX	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE

III.-- PROFESSEURS HONORAIRES
et AGREGES RAPPELES à l'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. GATELLIER, LE LORIER, VAUDESCAL.

IV.-- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	COUVELAIRE
	{ HUGUIER		{ BROUET
	{ LEGER		{ DREYFUS
Clinique ch.	{ PADOVANI		{ FAUVERT
	{ ROUX	Clinique mé.	{ HAGUENAU
	{ RUDLER		{ HAMBURGER
	{ SICARD		{ KOURILSKY
Clinique)	{ ECALLE		{ MARCHAL
obstét.)	{ MAYER		{ SOULIE
Clinique)	{ OFFRET		
ophtal.)	{ RENARD		

Secrétaire de la Faculté..... M. MOREL
Secrétaire-Adjoint..... Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef..... Dr HAHN
Conservateur..... Melle GOICHON
..... Melles DUMAITRE
Bibliothécaires..... LE NOIR
..... METIN
..... QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans
les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à
leurs auteurs et qu'elle n'entend leur don-
ner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A ma Mère

En témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.

A mon Beau-Père

Avec ma plus affectueuse
sympathie.

A mon Mari, le Docteur Emile QUINGUENEL

Avec toute ma tendresse.

A ma Famille

A tous mes Amis

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Jean PATEL

Professeur de Technique Chirurgicale à
la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression
de notre respectueuse
reconnaissance,

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris

En reconnaissance pour leur
enseignement.

A mon Jury de Thèse.

A PROPOS DES KYSTES HYDATIQUES
MIGRATEURS DU FOIE

- :-

- I -

INTRODUCTION

-:-

Le kyste hydatique du foie connaît, au cours d'une évolution souvent très prolongée, des destins divers. Il peut s'infecter, il peut se rompre, donnant lieu alors à de véritables métastases échinococcotiques.

Il peut également effectuer sa croissance en conservant des parois intactes, et se développer en direction thoracique, ou en direction péritonéale, selon le siège du kyste initial et en empruntant parfois des voies inattendues, telle la fente de Larrey.

Il faut enfin considérer une dernière éventualité, favorable d'ailleurs, c'est l'invololution, par diminution de vitalité de la vésicule parasitaire, qui s'affaisse, tandis que le contenu liquide se résorbe.

Il paraît très fréquent, sinon constant, de trouver, dans ces formes involutives, une fistule kysto-biliaire plus ou moins minime, mais qui a permis le dessèchement de la vésicule sans toutefois permettre le passage du parasite, ce qui aurait au contraire donné lieu à de redoutables complications biliaires.

Mais en somme, migration d'un kyste intact se développant à partir du foie pour gagner les espaces adjacents par cette "horreur du vide" dont on a parlé à propos des lésions qui nous occupent, fistulisation de ce kyste avec

propagation de la parasitose aux structures de voisinage, ou encore involution du kyste par suite d'une évolution spontanée favorable ou plus souvent d'un drainage effectué à bas bruit généralement dans les voies biliaires, sont les divers aspects évolutifs d'un même processus de migration, qui, suivant les cas, entraîneront des complications graves, ou, au contraire, la guérison pratiquement spontanée.

Ainsi, malgré l'apparente contradiction des cas que nous nous proposons d'exposer et de commenter ici, en particulier sous l'angle anatomo-pathologique et chirurgical, une étude d'ensemble peut englober ces divers aspects du problème de l'hydatidose ; aussi nous sera-t-il possible d'étudier successivement, pour les rapprocher ou pour les opposer, des faits tels que kystes hydatiques migrateurs du foie avec évolution thoracique, ou évolution sous-péritonéale, comme dans le cas de PATEL et HILLEMAND, et cas d'involution en apparence spontanée, mais qu'explique, dans la grande majorité des cas, la présence d'une fistule kysto-biliaire de très petit calibre.

Parallèlement, se pose la question de la cure chirurgicale du kyste hydatique du foie, question qui est loin d'être résolue, si l'on tient compte des divergences d'opinion encore exprimées récemment. Diverses techniques s'affrontent, qui chacune offrent des avantages, et des inconvénients particuliers, mais qui, surtout, possèdent leurs indications propres sur lesquelles les différents auteurs ne semblent pas avoir encore fait pleinement l'unanimité : marsupialisation, technique classique considérée par certains comme totalement périmée, dépassée ; kystectomie, aux indications précises et limitées par les conditions topographiques et anatomopathologiques rencontrées

à l'intervention ; épiplooplastie intra-cavitaire, non toujours réalisable.

PATEL et HILLEMAND écrivaient récemment que le caractère essentiellement migrateur des kystes hydatiques est bien connu mais qu'il est des migrations fréquemment observées, et au contraire des migrations exceptionnelles. Or celles-ci offrent un intérêt particulier du fait des difficultés de diagnostic qu'elles suscitent, et des erreurs qu'elles risquent de provoquer. Dans ces formes migratrices, encore faudra-t-il distinguer les migrations vraies, avec extension de proche en proche de la cavité principale, qui devient plus ou moins diverticulaire, des autres formes décrites par DEVE comme primitives, hétérotypiques (ou greffes à distance par rupture du kyste principal) et comme secondaires circonscrites ou diffusées sans communication avec le kyste primitif.

On voit toute la complexité, mais aussi toute l'importance, à la fois pratique et dogmatique, du problème de cette migration des kystes hydatiques du foie. Complexité, puisque cette catégorie englobe des formes anatomopathologiques et cliniques très diverses ; importance pratique, puisqu'il s'agit de résoudre des problèmes diagnostiques et thérapeutiques essentiels ; importance dogmatique enfin, car ces propagations de continuité ou à distance posent des problèmes pathogéniques des plus intéressants.

° ° °

Nous avons suivi le plan de travail que voici :

- en nous référant aux travaux de PATEL et HILLEMAND, nous verrons ce qu'il faut entendre

par "kystes hydatiques migrants du foie" ;

- puis nous étudierons plus particulièrement les évolutions thoraciques, avec extension vers les bronches, vers la plèvre et vers le poumon ;

- les évolutions sous-péritonéales, avec plus particulièrement création d'une communication kysto-biliaire, ce qui permet parfois d'heureux résultats, vers l'involution de la vésicule.

- Nous verrons enfin quelles sont les opinions actuellement émises sur les techniques chirurgicales appliquées à la cure du kyste hydatique du foie, marsupialisation, kystectomie, épiplooplastie intra-cavitaire, leurs avantages et leurs inconvénients, et, surtout, les indications propres à chacune de ces méthodes selon l'ampleur et la direction de la migration du kyste primitif.

LES KYSTES HYDATIQUES MIGRATEURS

-:-

DEVE, puis PATEL et HILLEMAND ont donné du caractère migrateur des kystes hydatiques une description très complète.

Caractère très connu, écrit DEVE, mais la migration se voit surtout dans les échinococcoses osseuses, et tout particulièrement vertébrales ; moins fréquemment, dans les localisations musculaires ; enfin, très exceptionnellement, dans les kystes hydatiques du foie. Et cet auteur continue :

"la poche à parois irrégulières souvent diverticulaires dont le contenu multivésiculaire accompagné de sérosités puriformes progresse hors de son point de départ dans les tissus voisins sous l'influence de la pesanteur et des contractions musculaires ambiantes : la collection va s'insinuant dans tel ou tel plan conjonctif, à la façon des abcès migrants tuberculeux. Parties du bord postérieur du foie, de telles collections vésiculaires ont été vues migrant dans le tissu cellulaire rétropéritonéal, jusque vers le bassin ou le long du psoas, jusqu'à aboutir dans la région crurale".

Les abcès amibiens du foie connaissent bien ces migrations rétropéritonéales, plus rarement observées dans les kystes hydatiques de la glande hépatique.

Les formes dites échinococcoses primitives hétérotypiques ne semblent nullement exceptionnelles dans le kyste hépatique hydatique. On comprend en effet que la poche kystique, au cours d'une évolution prolongée, augmente de volume, faisant toujours davantage saillie à la surface du foie, refoulant la capsule de Glisson qui finit par être perforée en dehors même d'une infection surajoutée, par simple tension extrêmement intra-kystique. La rupture intra-péritonéale du kyste peut fort bien être totalement silencieuse, ne se manifestant que par ses conséquences, essaimages à distance dans la séreuse péritonéale de l'infection parasitaire. Or, c'est là que risquent de surgir des complications d'ordre diagnostique, car ces complications risquent d'apparaître comme primitives lors de l'intervention chirurgicale, et il faut savoir poursuivre les investigations au niveau du foie, et en particulier au lobe droit, à la face inférieure, et rechercher la rupture cicatrisée, et qui risque de devenir invisible après quelques semaines.

Les échinococcoses secondaires proviennent nous venons de le voir, de la diffusion à partir du kyste initial, et à des distances variables, de la parasitose dans le tissu cellulaire, périvasculaire, intermusculaire.

La voie suivie par cette propagation à distance n'est sans doute pas univoque et les différents auteurs ont sans doute tous raison, selon les cas observés, en admettant une évolution empruntant les canaux lymphatiques dans lesquels ont pénétré des fragments de la membrane hydatique, ou encore en soutenant la théorie d'une migration interstitielle passive dans le tissu conjonctif oedématié, de fragments propulsés au milieu de la sérosité lacunaire par le massage réalisé par les contractions musculaires (DEVE).

Il ne s'agit pas cependant là uniquement de discussions byzantines, et selon les conditions anatomiques et pathogéniques qui ont présidé à cet essaimage, on aura à décider de tel ou tel moyen chirurgical.

Si la poche kystique est unique, alors même qu'elle est devenue diverticulaire, il peut suffire de drainer l'un des prolongements, ce qui fut en effet heureux dans le cas de HILLEMAND et PATEL. Mais si les localisations sont multiples, parce qu'il y a eu rupture du kyste primitif hétérotypique, ou parce qu'il s'est constitué une échinococcose secondaire, on peut déjà envisager la nécessité de drainages, d'exérèses multiples, en aussi grand nombre qu'il y aura de kystes.

Quelques observations illustrent des formes d'emblée rétro-péritonéales, primitives, mais cette éventualité semble l'exception. Chez un malade de PUCARO, cependant, le kyste siégeait dans le tissu cellulaire rétro-péritonéal, et dans un second cas du même auteur, entre le psoas et la colonne vertébrale. On admet que dans de tels cas, la migration du parasite ait emprunté la voie lymphatique jusqu'au sigmoïde et de là par voie lymphatique jusque dans le tissu lâche rétro-péritonéal. Cependant, d'autres auteurs suggèrent l'hypothèse d'une voie artérielle, l'embryon traversant le filtre hépatique, le filtre pulmonaire, en ne s'y arrêtant que dans 15 % des cas seulement (PICARO).

On sait que pour dix kystes hydatiques du lobe droit du foie, on ne trouve guère qu'un kyste du lobe gauche. Cette prédominance a été expliquée de diverses façons, et l'on a invoqué la différence de volume du foie droit et du foie gauche, au profit du premier ; l'orientation de la branche porte droite, qui

prolonge en quelque sorte le tronc principal par où arrive le parasite. Ajoutons que les avis ne concordent pas sur l'individualité vasculaire des deux lobes hépatiques, elle est admise par les uns, niée par les autres, malgré les recherches effectuées avec des injections par GLENARD.

Voyons maintenant comme la migration peut se faire, avec ou sans rupture, par continuité ou par essaimage, soit en direction des structures intra-thoraciques, soit en direction péritonéale.

- III -

EVOLUTION THORACIQUE

--

Dans un certain nombre de cas, le kyste hydatique, étant localisé à la face supérieure du foie, va connaître une évolution thoracique. Ce fut le cas du malade de LAPEYRIE, cet auteur ayant pu préciser pré-opératoirement les conditions topographiques par un pneumo-péritoine.

Cette technique d'exploration a également permis à LIARAS et HOUEL, d'Alger, de saisir la migration d'un kyste hydatique du foie vers les bronches. BUTORI a vu sur des clichés les signes évidents de la rupture d'un kyste hydatique du foie dans les bronches.

KOURIAS de son côté, a observé quatre cas de kyste hydatique du foie rompu dans les bronches. Tous furent guéris par l'intervention chirurgicale, abordés par thoracotomie. Dans 2 cas, l'auteur s'est borné à un drainage. Dans les deux autres cas, la lobectomie inférieure droite a été nécessaire.

Pour décider de la voie d'abord, thoracotomie ou laparotomie, il faut évidemment tenir compte de la localisation et de l'état du kyste primitif, mais aussi de l'état des lésions broncho-pulmonaires qui peuvent aboutir à un stade d'irréversibilité, par exemple en cas de cavité intra-pulmonaire plus ou moins suppurée, avec dilatation associée des bronches. Enfin, intervient l'état des voies

biliaires. Les kystes hydatiques du foie en communication avec les bronches sont souvent rompus antérieurement dans les voies biliaires. Il est alors possible, et même souhaitable, de mener toute l'opération par voie thoracique, en y associant de toutes façons un drainage sous-diaphragmatique. Mais dans certains cas il peut aussi devenir préférable d'intervenir d'abord au niveau de l'abdomen, afin de supprimer la communication biliaire, pour intervenir en cas de besoin, secondairement, par le thorax pour traiter la lésion pulmonaire. MONOD a insisté sur l'importance des vomiques biliaires et s'est déclaré assez partisan d'aborder systématiquement de tels kystes par voie abdominale dans un premier temps.

DEMIRLEAU a fait le point du traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les bronches ou dans la plèvre, à la lumière de treize cas de ce genre. Onze fois le kyste s'est ouvert dans les bronches, et deux fois dans la plèvre. Dans la première éventualité, il se pose un triple problème, à la fois anesthésique, pulmonaire et hépatique. Car l'anesthésie offre des difficultés chez des malades dont l'écoulement bilieux intrabronchique est parfois très abondant. Aussi DEMIRLEAU opère-t-il chez des malades en position demi-assise, latérale, jusqu'au contrôle de la bronche, afin d'éviter l'inondation bronchique. Quant au problème pulmonaire, il nécessite le plus souvent, pour sa solution, l'exérèse segmentaire ou lobaire afin d'assurer la guérison. Le kyste hépatique lui-même est traité le plus souvent par une kystectomie plus ou moins complète, terminée par un drainage.

BERARD et MARET ont récemment présenté trois cas de kyste hydatique du foie à manifestations thoraciques. Une fois, le kyste hépatique

hydatique avait pénétré dans le lobe pulmonaire inférieur. Dans un autre cas, il y avait coexistence d'un cancer pulmonaire et d'un kyste hépatique ayant dépassé le diaphragme. Dans le troisième cas enfin, la suppuration hépatique s'était ouverte dans le thorax, et était drainée par les bronches. Pour BERARD, la voie thoracique est facile pour l'abord des lésions sous-diaphragmatiques ; par contre, le diagnostic différentiel est délicat entre la lésion du lobe inférieur et la lésion abdominale ayant traversé le diaphragme.

Une échinococcose pleuropéritonéale secondaire, à point de départ hépatique, a été rapportée par LEVI-VALENSI et ses collaborateurs :

Il s'agissait d'une jeune musulmane de 20 ans ayant présenté trois ans auparavant, un syndrome d'épanchement pleural droit qui fut diagnostiqué pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse et soumis à un traitement antibiotique, à une pneumoséreuse et à des ponctions répétées jusqu'à assèchement complet en quatre mois ; on constata en fin de traitement l'intégrité du parenchyme pulmonaire.

La malade est revue pour des douleurs thoraciques. L'examen révèle la présence de trois foyers tumoraux : deux grosses masses arrondies abdominales, sept à huit opacités arrondies en "lâcher de ballons" se projetant sur la plage pulmonaire droite, avec une coupole hépatique très saillante, deux petites tumeurs rénittentes semblent situées sous la peau de la partie antérieure du septième espace intercostal droit. La ponction à ce niveau ramène un liquide eau de roche. L'étiologie hydatique est évoquée et confirmée par une réaction de Casoni fortement positive et une éosinophilie à 9 pour 100. La chronologie des

manifestations cliniques, l'aspect radiologique, précisé par tomographies frontales et horizontales et caractérisé par la stricte unilatéralité des opacités et leur distribution périphérique, permettent de poser sur l'image thoracique le diagnostic d'échinococcose pleurale par rupture transdiaphragmatique, intra-pleurale, trois ans plus tôt, d'un kyste de la convexité du foie. Les petites tumeurs thoraciques sous-cutanées ne sont que l'extériorisation pariétale d'un Kyste intra-pleural.

Pour SANTY et LATARJET, la migration thoracique des kystes hydatiques du foie est fréquente, mais elle n'est souvent reconnue qu'à l'occasion d'une vomique. Ils ont rapporté l'observation d'un Nord-Africain de vingt ans chez qui est découverte une ombre sur la face endothoracique du diaphragme sur des radiographies pulmonaires. Un cliché pris après un pneumo-péritoine montra que l'air ne dessinait pas une coupole sus-diaphragmatique nette, et permit de soupçonner l'origine hépatique de la lésion. On put libérer la base pulmonaire par thoracotomie droite. La portion sus-diaphragmatique du kyste a été réséquée. La membrane du kyste a été extirpée de la poche intra-hépatique. Celle-ci a été capitonnée et fermée avec l'adventice conservée. Après réparation du diaphragme, le thorax a été refermé et les suites ont été simples.

BERARD a vu deux cas analogues : dans le premier, le kyste envahissait le poumon et une résection segmentaire fut rendue nécessaire. Dans le second cas, il existait un cancer pulmonaire associé au kyste hydatique du foie, rendant indispensable une lobectomie.

CLAVEL, enfin, a opéré avec succès par

thoracotomie droite un kyste hépatique qui avait entraîné une vomique hydatique et biliaire.

DROUET et ses collaborateurs ont montré comment on pouvait porter le diagnostic de kyste hydatique du foie devant une tumeur intra-thoracique, le kyste hépatique ayant fait hernie par la fente de Larrey.

Ici, les clichés radiographiques thoraciques montraient une opacité arrondie de l'angle cardio-phrénique droit, antérieure d'après le profil. Cette image faisait discuter les tumeurs dysembryoplasiques et surtout les tumeurs neurogènes. Une ponction ramena un liquide clair contenant des crochets de ténias échinocoques, ce qui imposa le diagnostic de kyste hydatique. A l'intervention, on trouva les deux parties du kyste, l'une sous-diaphragmatique, d'origine hépatique, l'autre thoracique, latéro-péricardique, avec un large collet situé dans la fente de Larrey, qui était très distendue. Dans ces tumeurs hépatiques à symptomatologie thoracique, le pneumo-péritoine a évidemment un gros intérêt.

Les déformations du diaphragme au cours de l'évolution des kystes hydatiques du foie méritent quelques considérations. Le kyste hydatique simple, à évolution thoracique et à point de départ hépatique, représente selon VERGOZ 30 à 35 % des cas d'hydatose du foie. Le kyste déforme la convexité hépatique et avec elle la voûte diaphragmatique, qui est alors bosselée avec un dôme plus ou moins surélevé ; graphiquement la lésion se traduit par des surélévations de l'hémidiaphragme. Cette surélévation peut être totale, avec altération du niveau de la coupole, soit localisée, et c'est alors une altération des contours. On peut également observer des troubles de la mobilité diaphragma-

tique. L'élévation générale est la plus fréquente, elle est considérable si le kyste est très volumineux ; la distension peut être énorme, et cependant les contours conservés.

Dans le cas contraire, altérations de contours, le kyste est extériorisé et donne une image allant de la bosselure minime à la déformation volumineuse en brioche.

Devant une image à contours arrondis, siégeant surtout dans l'angle cardiophrénique droit et sur le cliché de profil, de siège très antérieur, très près du sternum, il faut penser aux épiploocèles de la fente de Larrey et suspecter l'origine hépatique du kyste.

Lorsque le kyste hydatique du foie est compliqué, réalisant le pyopneumokyste hydatique, le diaphragme est surélevé totalement ou partiellement, et limite une image hydro-aérique sous-jacente avec ou sans membrane ondulante, spécifique de l'échinococcose et permettant le diagnostic différentiel avec l'abcès sous-phrénique, l'abcès gazeux du foie.

La découverte radiologique de la rupture du kyste dans les bronches est une éventualité rare. CHIRAY a décrit chez un tel malade ayant fait une vomique, une encoche, une brèche du contour du dôme hépato-diaphragmatique paraissant fixée à une arborescence bronchique sur les clichés de profil. Dans ces ruptures bronchiques, le diaphragme surélevé est immobilisé par des adhérences, par la propagation de l'infection, alors que l'hémi-diaphragme controlatéral conserve ses mouvements normaux. En cas de propagation de l'infection à la plèvre, le sinus costo-diaphragmatique est plus ou moins comblé par des adhérences, un épanchement liquidien. Si enfin, la barrière diaphragmatique est franchie, avec irruption

du contenu kystique dans les bronches, on voit sur les clichés une irrégularité du diaphragme avec ou sans comblement du sinus, mais surtout une ombre irrégulière de la base pulmonaire et une traînée opaque plus ou moins large se continuant avec le foie de bas en haut, de dehors en dedans. Opacité due à la condensation du parenchyme pulmonaire autour d'une cheminée d'évacuation hépatobronchique (BECLERE).

KOURIAS a montré que la rupture des kystes du foie dans le poumon et les bronches était notée dans 1,83 % des 1.035 kystes hydatiques de la glande hépatique. La thoracotomie basse large est selon lui à préférer, ce qui permet de traiter en même temps le kyste primitif et la ou les cavités pulmonaires. La lobectomie simple ou double a été nécessaire dans quelques cas. La mortalité, qui était de 33 % avant 1950, s'est abaissée à zéro, bien que les cas récents aient été graves.

SEROR a rapporté un cas rarissime de kyste hépatique du foie ouvert dans le péricarde.

- IV -

EVOLUTION SOUS-PERITONEALE

--:-

Il s'agit ici surtout de fistulisation kysto-biliaire, ce qui représente, nous l'avons dit, des conditions parfois favorables pour l'involution du kyste. Voyons-en d'abord quelques cas :

BOURGEOON a rapporté le cas d'un très gros kyste hydatique du foie sans signe clinique de complication biliaire ; mais à l'intervention, on trouve la poche très fortement colorée de bile. Après vidange, l'injection de bleu de méthylène dans les voies biliaires permet de voir le siège de la fistule. La cholangiographie per-opératoire indique l'absence d'obstacle sur les voies biliaires ; aussi réalise-t-on d'emblée la suture de la fistule à points séparés au fil de lin, un capitonnage discret de la poche par une lame d'épiploon.

JÓYEUX a apporté deux cas de kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires, et a souligné les difficultés rencontrées lorsque le kyste se trouve ouvert largement dans une des branches de division du canal hépatique. Dans ce cas, poursuit l'auteur, mieux vaut suivre la conduite suivante :

- marsupialisation du kyste,
- drainage médical des voies biliaires par tubages duodénaux successifs.

Où encore, si la marsupialisation s'avère

impossible, par suite de l'éloignement du kyste de la paroi, il faut pratiquer une kystostomie avec nettoyage de la poche soigneusement refermée, capitonnée, enfin on terminera par un drainage du canal cholédoque.

BOURGEOIN a étudié les aspects anatomiques, pathogéniques et thérapeutiques de la rupture des kystes hépatiques dans les voies biliaires. La physiopathologie est centrée par les mouvements respectifs des fluides hydatiques et biliaires à travers la déhiscence d'un canal biliaire selon leur pression respective. L'anatomopathologie de ces complications a pu être précisée sur le vivant grâce à la cholangiographie, la splénoportographie, la cavo-aortographie, sur des pièces cadavériques injectées de résines vinylites. On a ainsi pu établir que les dégâts vasculaires et biliaires étaient considérables et que le parenchyme était atrophié.

Il faut traiter non seulement l'ouverture biliaire avec ou sans obstruction cholédocienne, mais encore un secteur du foie malade. Selon le bilan, on peut agir en un seul temps, ou en plusieurs étapes. Dans la première éventualité, selon la topographie du kyste, on saura opter pour la kystectomie, ou pour la résection réglée. Dans la seconde hypothèse, on s'adressera à la marsupialisation et à la cholécystostomie.

Dans le cas de HILLEMANN et PATEL, un kyste hydatique du foie gauche s'est rompu dans les voies biliaires, mais, fait exceptionnel, a migré dans l'espace rétro-péritonéal jusqu'au dessous de la racine du mésocôlon transverse. Il s'agissait d'un malade de 57 ans, ayant présenté ces dernières années de l'asthénie, de l'amaigrissement, des douleurs de l'hypocondre droit à irradiations lombaires et scapulaires homolatérales, un subictère, une

hépatomégalie douloureuse. Sur les clichés et à la palpation, il existe une masse dure, insensible, du volume d'une mandarine. On opère sous le diagnostic de tumeur du mésentère probable, sans autre précision. On tombe sur une tumeur molle paraissant être le prolongement sous-mésocolique d'une autre tumeur plus volumineuse à point de départ vraisemblablement pancréatique. On pense à une lésion ganglionnaire maligne, et on prélève un fragment pour examen histologique, ce qui ouvre une poche d'où s'écoule un liquide lactescent renfermant une membrane manifestement hydatique. On évacue une grande quantité de vésicules. On ouvre plus largement, on effectue une marsupialisation sur drain. Les suites se compliquent de l'écoulement d'un liquide bilieux prouvant l'origine hépatique du kyste hydatique. Une fistulographie vérifie que la poche rétropéritonéale communique bien et largement avec les voies biliaires, vraisemblablement le canal hépatique gauche. On put reconstituer le trajet du kyste hydatique du lobe gauche du foie, passant par le ligament triangulaire gauche du foie, derrière l'arrière-cavité des épiploons, devant l'artère splénique et le corps du pancréas, refoulant le péritoine prépancréatique et le petit épiploon, sous-croisant la racine du mésocôlon transverse, s'étalant entre le 3ème duodénum et le mésocôlon transverse. La fistule devait se fermer spontanément le quatrième mois, le malade sortant en excellent état général.

Cette observation illustre la possibilité d'une migration associée, combinant la voie rétropéritonéale et la rupture du kyste dans les voies intra-hépatiques bilatérales.

Le point de départ de ce kyste sous-péritonéal prépancréatique a pu être diagnostiqué grâce à l'écoulement biliaire apparu le lende-

main de l'intervention. Ainsi, c'est la fistule kysto-biliaire qui a permis le diagnostic topographique exact car au début au moins, la localisation hépatique gauche risquait d'être méconnue ; mais de plus, cette fistule kysto-biliaire a certainement aidé à la guérison par drainage simple. La fermeture de ces fistules biliaires externes après marsupialisation relève selon BOURGEON d'un mécanisme d'inversion du courant biliaire, la pression sécrétoire orientant la bile davantage vers l'extérieur que vers le sphincter d'Oddi dont la pression de passage est normalement de 12 cm H₂O en moyenne. La poche a donc été comblée de dehors en dedans, la fistule cutanée a diminué de dimensions, la pression de passage a augmenté, de telle sorte que le courant biliaire reprend progressivement son orientation normale, la voie biliaire principale, le duodénum laissant passer grâce à "ce drain providentiel" (la fistule kysto-biliaire) des quantités toujours accrues de bile et de liquide de suintement de la cavité hydatique. La cavité résiduelle subit un processus de coalescence. Le drainage externe sera donc retiré à temps pour ne pas contrarier le drainage spontané. Ces fistules kysto-biliaires paraissent fréquentes, 90 % des cas selon BOURGEON.

Elles sont le plus souvent méconnues, et leurs effets seront heureux ou malheureux, selon la largeur de la fistule. En effet, la fistule large, décline par rapport au kyste, permet un reflux biliaire important, favorisant la calcification de la paroi kystique, et assurant un drainage large du liquide hydatique vers le duodénum : l'involution du kyste se fera. Mais si la fistule n'est qu'une simple fissure mal placée, si la voie biliaire principale n'est pas pleinement perméable, le kyste risque de s'infecter.

BOURGEON a expliqué le rôle de la fistule

kysto-biliaire réalisée dans certaines conditions, dans l'involution du kyste. Plus exactement, tous les kystes involués possèdent une communication avec les voies biliaires.

BOURGEON et ses collaborateurs ont apporté des cas de kystes hydatiques du foie évoluant spontanément vers la guérison, et qui tous possédaient une communication kysto-biliaire. Ces aspects involutifs sont d'ailleurs divers: ou bien il y a involution d'un kyste à membrane mère non fertile, après fuite du liquide hydatique dans les voies biliaires, cela parce que la fistule est favorablement située et que le canal biliaire ouvert peut faire office de drain. Cette involution est particulièrement favorable et se fait sur le mode aseptique.

Il peut encore s'agir d'une involution de kyste multivésiculaire ; la membrane fertile contient ou non des vésicules filles. Cependant la vidange du liquide hydatique se fait par la fistule kysto-biliaire, mais elle n'affecte pas les vésicules filles. La fistule étant cette fois encore favorablement située, la fuite du liquide permet d'abaisser la tension endo-kystique jusqu'à des niveaux qui permettent des régurgitations intra-parasitaires de bile. Celle-ci exerce une action peu propice à la vitalité de la membrane mère, et seules les vésicules filles protégées par une membrane intacte pourront lui résister. L'involution de ces kystes est ici rarement aseptique, et elle se complique habituellement par une angiocholite.

Enfin, il n'est pas impossible que chez un même malade, au niveau du même foie, certains kystes apparaissent suppurés en même temps qu'un autre kyste est entré en involution. Cette différence de destins dépend du siège

et du nombre des fistules kysto-biliaires. Chaque fois que la fistule est située au point déclive du kyste et le conduit biliaire d'un calibre suffisant, le drainage interne ou la vidange orienteront vers l'involution. Mais, en définitive, ces conditions sont rarement réalisées, et selon BOURGEON, la majorité des kystes ouverts dans les voies biliaires vont évoluer vers l'infection de la poche. Il faut donc non pas seulement qu'il s'établisse un court-circuit mettant en relation le kyste et le réseau biliaire, mais il faut encore, et surtout, que le conduit biliaire de drainage conserve un calibre suffisant et que l'orifice de la fistule demeure béant. Ainsi, l'on a raison à la fois de considérer la constitution d'une fistule kysto-biliaire comme une condition favorable à l'évolution régressive du kyste, et comme un facteur d'aggravation par surinfection ; les deux éventualités sont possibles, et la seconde est sans doute plus fréquente, malheureusement, que la première.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

- 1 -

Migrateurs ou non, les kystes hydatiques du foie connaissent donc des sièges, des extensions, des morphologies fort diverses, et l'on comprend que lorsqu'il s'agit d'intervenir chirurgicalement, diverses méthodes s'offrent à nous, possédant chacune avantages, inconvénients et, surtout, indications propres.

Mais les différents auteurs sont loin de faire sur les techniques et leurs indications l'unanimité d'opinions. C'est ainsi que la marsupialisation, la kystectomie, l'épiplooplastie intra-cavitaire, ont été très diversement appliquées et surtout appréciées.

La marsupialisation a donné, dans le cas de PATEL et HILLEMAND, des résultats définitifs favorables, et était le seul geste réalisable devant une forme migratrice avec croissance sous-péritonéale. Certes, les suites opératoires ont été troublées par l'écoulement d'un liquide bilieux, qui d'ailleurs prouvait l'origine hépatique du kyste, et qui fut d'abord très abondant, de l'ordre de 750 cm³ par jour, pour tarir progressivement, et disparaître vers le troisième mois. La fistule devait se fermer spontanément au quatrième mois, et la guérison définitive fut finalement obtenue.

GOINARD, en 1950, écrivait que si l'on est

souvent acculé à la marsupialisation, seul procédé applicable, celui-ci risque de perpétuer une fistule pendant des mois, sinon des années, avec altération profonde de l'état général. Pour cet auteur, la mortalité des cas ainsi traités atteint encore à 10 ou 15 pour 100. Il ajoute que lorsque par mesure de sécurité on croit devoir laisser dans une cavité hydatique un drain, on court un gros danger en se mettant dans la même situation que celle de la marsupialisation, et alors même que les suites de cette intervention ont été améliorées par l'aspiration continue et les antibiotiques, ce qui abrège les délais de cicatrisation des fistules consécutives. Mais pour GOINARD, même dans les conditions optima, la marsupialisation reste dangereuse et un véritable pis-aller.

La kystectomie a été pratiquée à kyste fermé (MELNIKOFF, 1936), ponctionné et formolé, vidé de son contenu parasitaire ; la paroi est alors décortiquée et délaminee à la rugine. La kystectomie à kyste fermé est minutieuse, longue, et risque d'être compliquée par la fissuration, l'explosion du kyste dont la fertilité est toujours présente.

La kystectomie actuelle se fait sur kyste ouvert, mais la résection de la coque reste dangereuse et grave. Certes la méthode est relativement aisée lorsque le kyste est en grande partie extériorisé, mais encore devient-elle plus difficile si la coque est mince, très incrustée, si la poche est vaste et profonde. Les difficultés augmentent au contact des gros vaisseaux biliaires, dans le voisinage des vaisseaux proches du hile. On a pu ainsi observer des accidents de choc. La kystectomie n'est donc pas une intervention de tout repos à conseiller systématiquement, et elle connaît des indications très précises :

- elle est contre-indiquée en cas de kyste aseptique et jeune où la réduction sans drainage est la méthode idéale. Celle-ci devient impossible devant un kyste de grandes dimensions, mais la kystectomie l'est alors également.

La kystectomie, par contre, connaît ses meilleures indications dans les kystes suppurés (COSTANTINI) avec coque fibreuse, épaisse, permettant d'amorcer un plan de clivage et d'exfolier la couche profonde de la péri-kystique. L'ablation complète ne doit pas être exigée dans le voisinage du hile. La conservation d'une partie de la coque avec une surface intérieure avivée assurant la coalescence des parois collabées, permet néanmoins la guérison rapide, alors que la marsupialisation aurait sans doute été suivie de fistulisation prolongée. Ainsi la kystectomie constitue un gros progrès et ne devient contre-indiquée que si la poche est d'énorme volume, si elle siège au contact du hile, si elle s'ouvre dans la voie biliaire principale, si enfin l'état général du malade est très altéré.

Les kystes calcifiés posent de difficiles problèmes chirurgicaux. S'ils sont involués, latents, bien tolérés, ils peuvent être assez facilement décortiqués, ce qui n'est pas le cas si le kyste est bien vivant, sa paroi infiltrée de plaques minérales, plus ou moins infecté, adhérent à l'épiploon, au duodénum, au transverse, souvent encore térébrant. Ici la décortication sera difficile et même dangereuse. Par conséquent la kystectomie reste indiquée comme méthode de choix en cas de calcification de la poche, si le kyste est extériorisé et involué surtout. Le kyste involué de siège

intra-hépatique s'énuclée facilement, mais étant souvent bien toléré, mieux vaudra le respecter, la calcification étant ici synonyme de guérison. Mais la décortication ne peut être que partielle si le kyste, extériorisé ou intra-hépatique, est évolutif, a fortiori, térébrant. Ce n'est alors là qu'une solution incomplète et très souvent seule la marsupialisation est possible.

L'épiplooplastie intra-cavitaire connaît des indications logiques pour effacer la cavité kystique et la combler par une greffe épiploïque. GOINARD bourre la cavité kystique avec l'épiploon tout entier qui est fixé par quatre ou cinq ligatures au catgut à l'orifice de la coque incisée. Si l'épiploon manque de longueur, on le désinsérera partiellement par une plastie pédiculée. La méthode n'a qu'un défaut, c'est qu'elle n'est pas toujours réalisable, l'épiploon étant parfois trop réduit, voire même absent, ou encore l'incision du kyste ne peut se faire qu'en un point trop éloigné pour permettre l'épiplooplastie ; on peut alors parfois y pallier par une contre-incision déclive. Pour atténuer les risques de la marsupialisation, GOINARD a d'abord posé également des mèches, ou un drain d'instillation ; puis il a renoncé au drainage sans inconvénient.

L'épiplooplastie intracavitaire a donné des guérisons rapides : cicatrisation per primam en dix jours, guérison clinique, en 20 ou 30 jours au plus, même lorsque le kyste est volumineux, et de contenu bilieux ou suppuré.

Les indications sont précisées comme suit :

- le kyste aseptique et jeune reste justiciable de la réduction sans drainage ; mais si le liquide paraît douteux, ou si le kyste

intra- hépatique est très volumineux, mieux vaut compléter par une épiplooplastie intracavitaire ;

- le kyste suppuré peut être traité soit par la kystectomie si la résistance du malade est suffisante et que le kyste est extériorisé, pédiculé ; mais s'il est profondément intra-hépatique, volumineux, plus ou moins calcifié, voisin du hile, l'épiplooplastie est plus indiquée, et mieux vaut renoncer à la kystectomie, dangereuse, ou irréalisable ; les deux méthodes peuvent cependant être associées.

- En cas de kyste calcifié, la kystectomie en laissant une cavité importante, sera améliorée par une épiplooplastie complémentaire. De même, une fistulisation après marsupialisation pourra bénéficier d'une épiplooplastie secondaire.

- Enfin, il n'est pas exclu que l'épiplooplastie améliore le traitement chirurgical des kystes calcifiés et des kystes ouverts dans les voies biliaires ou dans les bronches.

Dans le cas de vastes cavités en communication avec les voies biliaires intra-hépatiques, la marsupialisation de la poche diverticulaire reste le traitement logique ; la décision du moment de l'ablation, du drainage externe étant à prendre pour chaque cas particulier.

- VI -

CONCLUSIONS

-:-

I.- Les kystes hydatiques du foie offrent une grande diversité topographique et morphologique qui fait de chaque cas un cas d'espèce. Une variété intéressante est représentée par le kyste migrateur, dont le développement, que les parois demeurent intactes ou qu'elles se fistulisent, peut emprunter des voies différentes.

II.- Nous avons donc considéré tout d'abord les kystes hydatiques du foie à développement thoracique, qui posent évidemment de délicats problèmes diagnostiques. La poche peut se fistuliser dans la plèvre, dans les bronches, exceptionnellement dans le péricarde.

III.- Les évolutions sous-diaphragmatiques et péritonéales sont surtout représentées par la constitution de fistules kysto-biliaires, lesquelles peuvent assurer une circonstance favorable ou, au contraire, aggravante.

V.- Lorsqu'en effet, la fistule est située en un point déclive et se continue par une voie biliaire bien perméable, l'orifice de la fistule demeure béant, il s'installe un véritable "drainage providentiel", qui va assurer l'involution spontanée du kyste. Mais trop souvent la fistule kysto-biliaire

entraîne l'infection secondaire de la cavité kystique.

V.- Chaque cas est donc à étudier en particulier, car il pose des problèmes, diagnostiques d'abord, thérapeutiques ensuite. Diverses techniques connaissent, selon les conditions rencontrées, leurs indications propres, leurs avantages et leurs inconvénients :

- marsupialisation,
- kystectomie,
- épiplooplastie intra-cavitaire,

ces méthodes pouvant d'ailleurs s'associer entre elles. Bien choisies et correctement réalisées, ces techniques doivent pouvoir assurer la guérison définitive d'une forme particulièrement délicate à traiter de l'hydatidose hépatique : le kyste dit migrateur, fistulisé ou non.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : J. PATEL

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

--

R. BOURGEON, H. PIETRI, M. GUNTZ

Sur l'involution du kyste hydatique du foie

Presse Médicale LXI page 1515 18 novembre 1953

COSTANTINI, R. BOURGEON, PATIN, RIVES

Des indications de l'ablation du sac parasitaire dans le traitement des kystes hydatiques du foie. La kystectomie de routine des kystes suppurés du foie
Journal de Chirurgie LXVI pages 177-189
1950

F. DEVE

L'échinococcose primitive
Masson éditeur Paris 1949

P.L. DROUET, G. FAIVRE, G. DE REN, G. RAUBER ,
P. LAMY

Diagnostic d'une tumeur intra-thoracique.
Kyste hydatique du foie faisant hernie par la fente de Larrey.
Soc.Méd.Nancy 22 fév. 1950

J. FRAILON, J.C. THIODET

Migration rétropéritonéale d'un kyste hydatique du foie
Afrique Franç. Chir. XIII pages 415-416 juillet-août 1955

P. GIRARDOT

L'épiplooplastie intracavitaire, traitement de certains kystes hydatiques du foie.
Thèse d'Alger 1950

P. GOINARD, VIGNARDON

La chirurgie des kystes hydatiques calcifiés

Journ. de Chir. XLVI pages 321-346
1935

Presse Méd. n° 51 25 juin 1938

P. GOINARD, D. NOTE, Melle GIRARDCT

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. L'épiplooplastie intra-cavitaire

Presse Médicale LVIII pages 1203-1205
28 oct. 1950

P. GOINARD, J. PEGULLO

Kyste hydatique sous-péritonéal à développement clinique explosif à la suite d'une intervention pour kyste hydatique du foie.

Soc.Chir. Alger 12 janv. 1957

P. HILLEMAND, J. PATEL, J. LATASTE, P. PREMONT,
J. DURON

Migration et croissance sous-péritonéale d'un kyste hydatique du foie gauche
Presse Méd. LXV pages 2125-2127 25 déc. 1957

M. LAPEYRIE, A. BALMES, THEVENET

Kyste hydatique de la face supérieure du foie à évolution thoracique
Soc.Chir.Montpellier 25 juin 1954

LIARAS, HOUEL, FELISSIER

Une étape de la migration d'un kyste hydatique du foie vers les bronches
Soc.Chir.Alger 14 nov. 1953

J. RIVES

Contribution à l'étude du traitement chirurgical de certains kystes hydatiques du foie. La kystectomie et ses indications
Thèse d'Alger 1950

P. SANTY, M. LATARJET

Kyste hydatique du foie en voie de
migration thoracique

Soc.Chir. Lyon 17 mars 1955

VERGOZ, LAQUIERE

Des déformations radiologiques du dia-
phragme au cours de l'évolution des
kystes hydatiques de la convexité du
foie.

VIème Congrès International d'Hydatidose
Athènes 8 septembre 1956.

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Introduction	13
II.- Les kystes hydatiques migrateurs	17
III.- Evolution thoracique	22
IV.- Evolution péritonéale. Fistules kysto-biliaires et involution du kyste	29
V.- Le traitement chirurgical	35
VI.- Conclusions	33
Bibliographie	40

-:-

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

